

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

296

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Avril 1898, à 1 heure.

PAR

Raymond CHALMETTE

Né à Murat (Cantal) le 12 Septembre 1871.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR QUELQUES OBSERVATIONS

D'OSTÉO - TUBERCULOSE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

RICARD et BRÔCA, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Avril 1898, à 1 heure.

PAR

Raymond CHALMETTE

Né à Murat (Cantal) le 12 Septembre 1871.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR QUELQUES OBSERVATIONS

D'OSTÉO - TUBERCULOSE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

RICARD et BRÔCA, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

45, Rue Racine, 45

1898



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	ACCOD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchement	PINARD

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDR.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et quelle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère

A mon Père

Témoignage de Reconnaissance et d'Affection

A mon Oncle et à ma Tante

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Tillaux

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

PRÉFACE

Durant le cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer un grand nombre de malades atteints de tuberculose osseuse, présentant tantôt une lésion unique, tantôt des lésions multiples, les uns, sans lésions pulmonaires, exceptions fréquentes à la loi de Louis et depuis longtemps observées et signalées, les autres avec des lésions pulmonaires plus ou moins avancées : ces malades se présentaient à l'hôpital, quelquefois sans avoir encore subi aucun traitement, plus souvent après avoir été traités de différentes manières ; nous avons entrepris souvent de les suivre, curieux de savoir comment évolueraient leurs lésions, sous quelles influences elles s'amélioreraient ou s'aggravaient, si les guérisons opératoires obtenues parfois seraient définitives, ou si elles seraient suivies de récidives ou d'autres manifestations, ce qui, d'après Verneuil (1), serait malheureusement la règle :

(1) Comptes-rendus du Congrès de chirurgie, 1889, dans la Semaine Médicale.

« Le plus souvent, dit-il, dans le premier semestre qui suit l'opération, le succès est complet, mais si vous suivez les opérés, si vous cherchez à savoir de leurs nouvelles 2 ans, 3 ans après l'opération, vous vous apercevez que les deux tiers sont morts. Le succès de l'opération avait été complet ; aussi sont-ils sortis guéris de leur affection chirurgicale, ils sont morts de l'influence tardive qu'a eue l'opération sur leur constitution. »

« Le succès opératoire existe quelquefois, l'insuccès thérapeutique est la règle. »

Beaucoup avant nous ont tenté de suivre des malades pendant longtemps, et n'y ont réussi que partiellement ; comme eux, nous avons perdu de vue un grand nombre des sujets que nous avons mis en observation, et nous avons le regret de ne pouvoir rapporter dans ce modeste travail qu'un nombre de cas personnels relativement minime ; nous espérons, comme nos devanciers, trouver excuse en rappelant la difficulté de ces recherches. Nous avons à faire à des malades atteints de lésions curables, mais fréquemment récidivantes et quelquefois chroniques ; or, les cas de guérison sont difficiles à suivre, ainsi que le fait remarquer Courtois (1) dans sa thèse : « Dès qu'ils sont débarrassés de l'affection

(1) Courtois. — De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses périphériques chez les tuberculeux pulmonaires. Thèse de Paris, 1895, page 22.

qui les faisait souffrir ou empêchait leur travail, les malades oublient bien vite, quelques promesses qu'ils aient faites, le chemin de l'hôpital où ils ont été opérés et négligent de vous tenir au courant de leur santé. »

Si une récédive survient ou s'il n'y a eu qu'une amélioration plus ou moins durable, les malades vont souvent demander dans d'autres services, des soins qu'ils espèrent y trouver plus efficaces ; tel, par exemple, ce malade dont l'observation a été rapportée par M. Reynier (1), qui fut traité par lui pour une ostéite tuberculeuse du tibia, sans succès d'abord par le curettage, l'éther iodoformé et des pansements à la gaze iodoformée, puis avec un résultat opératoire excellent par un nouveau curettage et une sorte de plombage de la cavité avec du salol iodoformé ramolli à une température de 40° et qui, deux ans plus tard, entra dans le service de M. le professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker, où il fut amputé de sa jambe pour ostéite tuberculeuse diffuse du même tibia.

Nous n'essayerons pas de faire un historique même très résumé de la question des tuberculoses osseuses, ni d'en faire la bibliographie ; nous serions forcément trop incomplet : ce n'est pas en quelques

(1) Reynier. — Du traitement de l'ostéite tuberculeuse par les injections intra-osseuses de salol iodoformé (communication à la Société de chirurgie, 1^{er} avril 1896).

pages seulement que l'on pourrait citer tous les grands noms et les travaux importants parus sur ce sujet, on trouvera une mention des travaux à consulter dans les Dictionnaires les articles des *Traité de Chirurgie* (1) et les thèses récentes dont quelques-unes sont assez importantes.

Nous ne pouvons cependant passer sous silence les noms d'Aug. Nelaton, de Cruveilhier, de Ollier, de Billroth, et surtout de Verneuil et de M. le professeur Lannelongue.

Verneuil préconisa et fit passer dans la pratique courante les injections de glycérine et surtout d'éther iodoformé, déjà employé en 1881 par Mickulicz et Marc Sée, 1882; ses essais commencés en 1883 furent relatés en 1884 dans la thèse de Mattei et discutés au 1^{er} congrès de chirurgie en 1885. Peut-être par ses idées (3) trop absolues sur l'influence des opérations

(1) Le Dentu et Delbet. *Traité de chirurgie clinique et thérapeutique*. Articles : Absès froids (Le Dentu), tome I; infection osseuse tuberculeuse (Mauclaire), tome II.

(2) Thèses 1895. Courtois. De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses périphériques chez les tuberculeux pulmonaires. — Eisberg. Contribution à l'étude des tuberculoses chirurgicales.

1892. Perlis. Traitement des tuberculoses locales par la méthode Sclerogène (méthode Lannelongue).

1889. Geraert. Aggravation et généralisation de la tuberculose après opération. — Thierry. Interventions chirurgicales dans les tuberculoses locales et chez les tuberculeux.

1888. Bresson. Traitement de la tuberculose articulaire et osseuse par l'emplâtre mercuriel.

(3) *Bullet de la Société de chirurgie* 1883.

sur les diathèses aurait-il entraîné les chirurgiens à une abstention thérapeutique trop systématique si M. le Professeur Lannelongue n'avait réagi et montré que dans certains cas l'abstention est regrettable et favorise l'extension des lésions et que, grâce à l'emploi de la méthode sclérogène on peut parfois, obtenir d'emblée la guérison et dans tous les cas transformer le terrain localement, autour des lésions de manière à les circonscrire et à rendre l'intervention plus sûre, plus efficace, sans aucun danger de résorption locales pouvant entraîner la généralisation post opératoire redoutée par Verneuil. (1)

Aux quelques noms cités nous ajouterons celui de notre maître, M. Ch. Nélaton, professeur agrégé, dont la thèse d'agrégation 1883 sur la tuberculose dans les affections chirurgicales eut restée classique, qu'il nous permette de lui adresser nos remerciements pour la bienveillance à notre égard pendant notre année d'externat dans son service.

Il nous a appris à examiner consciencieusement un malade, à ne pas tout sacrifier au plaisir d'opérer, à employer les moyens les plus doux lorsqu'on le pouvait sans dommage. Enfin son sens clinique supérieur nous a été d'un grand enseignement.

Dans nos remerciements, nous tenons à lui associer son distingué interne le docteur Paul Fai-

(1) M. le Prof Lannelongue. Compte rendu du Congrès de chirurgie 1892 dans le Bull. Méd. 30 avril 1892.

tion qui a toujours été pour nous un ami et un guide.

Au début de nos études, nous avons eu l'honneur de suivre le service de M. le Professeur Duplay, où nous avons appris d'autant plus que nous ignorions tout.

M. Demoutin son chef de clinique a été pour nous un conseiller bienveillant nous lui exprimons ici notre sincère gratitude.

En première année, nous avons eu pour maître en médecine M. Hanot ; sa disparition si prompte et prématuré nous a vivement peiné, nous tenons à saluer respectueusement sa mémoire.

En seconde année, nous avons été l'élève de M. Rendu, son enseignement clinique est resté gravé dans notre esprit et nous sera un précieux guide que nous nous efforcerons de suivre dans notre carrière médicale.

Nous devons aussi rendre hommage à M. Schwartz pour les connaissances pratiques qu'il nous a données ; nous regrettons de n'avoir été son élève que durant quelques mois.

Nous nous sommes initié à la clinique infantile sous la direction si expérimentée de M. Jules Simon pour lequel nous avons gardé une profonde admiration.

Pendant une année, nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. Brault dont nous avons eu

constamment l'occasion d'apprécier les connaissances cliniques et anatomo-pathologiques ; nous n'oublierons jamais la sympathie qu'il nous a témoignée à maintes reprises et arrivé au terme de nos études nous tenons à lui exprimer notre reconnaissance.

Nous regrettons d'avoir été trop peu de temps l'externe de M. Demelin nous le remercions de son accueil bienveillant et des connaissances obstétricales que nous avons acquises dans son service.

Nous ne voulons pas terminer cette préface sans dire à M. le Professeur Tillaux combien nous sommes sensible au grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse et nous lui offrons nos plus respectueux remerciements.



OBSERVATIONS

Observation 1

A. Ch..., 32 ans, sergent de ville, grand, robuste, sans aucun antécédent héréditaire bien portant jusqu'au moment de son service militaire.

Après trois mois de service il a une pleurésie non ponctionnée pour laquelle il passe trois mois à l'hôpital et un mois en convalescence.

Jusqu'en 1895 sa santé reste bonne, au mois de janvier il sent un point douloureux localisé à la partie moyenne de la 7^e côte du côté gauche, à la suite, dit-il, d'un coup de poing reçu quelque temps auparavant à ce niveau.

Applications de teinture d'iode.

Peu à peu une grosseur se développe peu douloureuse sauf à la pression.

Le 5 février il entre à l'hôpital Lariboisière, salle Nélaton, il est opéré le 9 février.

Incision d'un abcès ossifluent au niveau de 7^e côte gauche curettage d'un point osseux dénudé et de la paroi de l'abcès, cautérisation avec du chlorure de zinc au 1/10.

Drainage avec une mèche de gaze iodoformée, quinze jours après cicatrisation complète.

Deux mois après une croûte se forme au niveau de la cicatrice elle tombe de temps en temps et pendant quelques jours un suintement se produit puis une nouvelle croûte se forme.

La malade se fait soigner quelque temps à la consultation externe.

Injection de teinture d'iode et ne naphthol camphré tous les 8 jours dans la fistule obturation avec un peu de gaze fixée par du collodion.

Après quelques semaines on se borne à conseiller au malade de se laver lui-même avec de la liqueur de Van Sweten d'appliquer ensuite un morceau d'emplâtre de Vigo.

En mars 1896 il rentre dans le service de M. Peyrot, demandant à être débarrassé par une intervention de cette fistule qu'il n'a pas soignée depuis plusieurs mois et qui le gêne surtout parce qu'elle salit son linge.

Son état général est excellent, il reste huit jours attendant une intervention, puis sort sur sa demande et passe quelque temps à la campagne.

En septembre nous le rencontrons dans son service. Il nous dit que sa fistule est guérie et il vient sur notre demande se faire examiner à l'hôpital.

Cicatrice adhérente à l'os, pas de douleur locale, plus de trajet fistuleux.

Depuis nous l'avons revu plusieurs fois, la dernière fois dans le courant de décembre 1897, la guérison persiste, l'état général est toujours excellent.

Observation 2

S..., 36 ans, serrurier, entre le 6 février 1893 salle Nélaton, lit n° 20, à Lariboisière, service de M. Peyrot, pour tuberculose des os du pied gauche. Depuis six mois il tousse, il ne crache pas, il n'a jamais eu d'hémoptysie.

Le 22 février, amputation du pied, méthode de Pirogof, faite par M. Guinard, assistant du service, réunion par première intention en 10 jours, mais quinze jours après, trois fistules se forment au niveau de la cicatrice. Injections de naphthol camphré sans résultat.

Le malade va passer six semaines à Vincennes et rentre dans le service au mois d'août après être resté quelque temps chez lui, ses fistules suppurent toujours, il a eu deux hémoptysies, il ne peut marcher qu'avec des béquilles.

Le 27 août, amputation de jambe au tiers inférieur faite par M. Peyrot.

Réunion par première intention en 8 jours, le malade quitte le service avec une jambe de Beaufort dont il se sert très habilement.

Etat général mauvais, toux fréquente, expectoration, craquements humides aux deux sommets, transpirations nocturnes.

Revu après deux mois de séjour à la campagne, grande amélioration de l'état général, le malade a engraisié.

Le moignon est parfait.

Observation 3

D..., concierge, 67 ans, amputé par M. Peyrot au tiers inférieur de la jambe pour ostéo-arthrite tibiò tarsienne développée depuis 18 mois avec fistules ouvertes depuis 6 mois le 26 août 1896.

Réunion incomplète au bout de 8 jours, suppuration pendant 3 semaines, sortie le 28 septembre. Le moignon présente à ce moment une petite fistule qui conduit sur un point osseux dénudé.

Nous avons revu le malade en février 1897, la fistule persiste malgré une tentative opératoire (incision et curettage) faite à l'hôpital Tenon.

Depuis nous l'avons perdu de vue.

Observation 4

G..., 56 ans, cantonnier, ostéite des extrémités inférieure de l'humérus et supérieure des os de l'avant-bras, entre le 8 juillet 1896, salle Nélaton, lit n° 24, à l'hôpital Lariboisière.

Il a déjà eu un grattage au niveau de l'olécrane et présente plusieurs fistules ouvertes, suppuration abondante, l'articulation n'est pas atteinte.

Deux tentatives faites à six semaines d'intervalle (inci-

sion, curettage, cautérisation au chlorure de zinc au 1/100) échouent complètement, les fistules persistent malgré des injections tous les quatre jours de teinture d'iode d'abord, de naphтол camphré ensuite et des pansements compressifs avec de la gaze iodoformée.

Après 3 semaines de séjour à Vincennes, le malade revient avec un bon état général. Il n'a du reste jamais toussé, l'auscultation est négative.

Nous avons revu le malade en mars 1897, les fistules persistent, l'articulation est toujours intacte.

Depuis il a été perdu de vue, il aurait été hospitalisé à Nanterre.

Observation 5

T..., 28 ans, boucher, entre le 12 mai 1896, salle Nélaton, lit n° 28, pour ostéo-arthrite du genou dont le début ne peut être précisé, mais qui depuis six mois présente des trajets fistuleux.

Le malade tousse depuis deux ans, il a eu plusieurs hémoptysies. L'auscultation fait percevoir aux deux sommets des sous-crépitants humides.

Large résection le 27 mai, le lambeau se cicatrise incomplètement et des trajets fistuleux s'organisent. On fait tous les quatre jours dans ces trajets des injections de naphтол camphré et des pansements à la gaze iodoformée.

Ce traitement prolongé à la demande du malade ayant échoué complètement, on fait le 10 septembre une amputation de cuisse.

Chalmette

Des fistules se développent au niveau du moignon, l'état général est devenu de plus en plus mauvais depuis le moment de l'entrée à l'hôpital.

Après avoir passé quelque temps à Voillemier, salle de Chroniques, le malade est emmené par sa famille.

Observation 6

V..., 42 ans, peintre décorateur, entré salle Nélaton, le 13 juin 1896, pour ostéo-arthrite tuberculeuse du genou.

Craquements secs au sommet droit.

Résection du genou le 28 juin 1896.

Cicatrisation incomplète avec fistules, traitées sans résultat par des injections de teinture d'iode et des pansements iodoformés.

Après un séjour d'un mois à Vincennes, il revient avec un meilleur état général, mais ses fistules ne sont pas fermées.

Le 10 novembre, amputation de cuisse, réunion par première intention, cicatrisation complète.

Le malade quitte l'hôpital le 5 décembre 1896 avec un état général satisfaisant.

Revu en février 1897, il marche avec un pilon, la guérison locale s'est maintenue, mais le malade tousse beaucoup, a une expectoration abondante, des transpirations la nuit, il a beaucoup maigri.

Depuis il n'a pu être retrouvé.

Observation 7

B... Alphonse, âgé de 22 ans, entré le 16 janvier 1898, à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton, service de M. Nélaton.

Antécédents. — Père bien portant, mère morte à 45 ans de tuberculose pulmonaire, un frère mort tuberculeux à 25 ans.

Personnellement il a toujours été bien portant jusqu'à son départ pour le régiment.

Après quatre mois de service, il sent un point de côté, sans toux, ni oppression, on lui met un vésicatoire et il reste 2 jours sans faire de service. Trois semaines après, apparition d'une grosseur du volume d'un œuf au niveau de la région antéro latérale droite du thorax à cinq travers de doigts au dessous du mamelon.

Le 17 mars. — Il est envoyé au Val de Grace, où on lui fait immédiatement une ponction et une injection d'éther iodoformé ; puis n'ayant pas obtenu la guérison par cette méthode on l'opère le 28 avril 1897.

Incision à un travers de doigt au dessus du rebord des fausses cotes, grattage, cautérisation au thermocautère, drainage.

Au bout de dix jours, fermeture complète ; treize jours après l'opération, survient une nouvelle grosseur du volume d'une tête de fœtus, occupant la région postéro latérale du côté droit à la base du thorax.

Le 10 juin 1897. — Incision, pas de suture, drainage,

cautérisations au chlorure de zinc, pansements iodoformés.

A la fin de juillet, fermeture complète.

Actuellement le malade présente à ce niveau une fistule. En outre la crete iliaque sur toute sa longueur est très douloureuse il y a à ce niveau une masse s'étendant dans la fosse iliaque empatée presque fluctuante. L'état général est bon. M. Nélaton n'intervient pas.

Observation 8

F... Maxime, 25 ans, domestique entré le 5 mai 1897, à Saint-Louis, service de M. Nélaton, pour abcès froid costal droit. Incision le 7 mai, grattage, pansement iodoformé, pas de suture.

Sorti le 22 mai, la plaie est presque cicatrisée. Revu le 4 août complètement guéri; très bon état général: Le malade vient de faire avec ses maîtres, un séjour à la campagne et part au bord de la mer quelques jours après.

Observation 9

B... Elphège, 27 ans, instituteur, entré le 17 juillet 1897 à Saint-Louis, service de M. Nélaton, opéré le 21, d'un volumineux abcès froid du côté droit à point de départ costal.

Résection de 2 côtes. — Sorti le 7 août.

Revu pendant 6 semaines, tous les quatre jours, guérison avec fistule.

En janvier 1898, la fistule persiste, le malade tousse un peu.

Observation 10

Pierre M..., 20 ans, typographe, entré le 5 octobre 1897, service de M. Nélaton, pour osteite tuberculeuse nettement localisée de l'épitrôchlée gauche, l'articulation est intacte, ablation du point malade, suture, guérison complète et persistante.

Le malade a été revu le 3 février 1898.

Observation 11

S... Louis, 49 ans, concierge, entré le 20 novembre 1897 à Saint-Louis, service de M. Nélaton, pour osteite bacillaire de l'olécrane avec abcès, incision, grattage. Sort le 4 décembre, le 16, la plaie est fermée complètement.

Le 26 janvier 1898, nous revoyons le malade, une fistule s'est formée depuis quelques jours au niveau de l'incision.

Observation 12

Anne B..., 55 ans, piqueuse de bottines, entre le 19 juin à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, pour un abcès froid sterno-costal au niveau de la 3^e côte du côté droit.

Incision le 22 juin, grattage et drainage.

Sortie guérie le 31 juillet 1897. N'a pas été revue.

Observation 13

G... Marie, 49 ans, journalière, entrée le 8 décembre 1897, à Saint Louis, salle Denonvilliers. Opérée le 11 décembre d'un abcès ossifluent de la partie latérale gauche du thorax. Résection de côtes, suture et drainage.

Sortie le 25 décembre. Revue jusqu'au 3 février. Guérison avec fistule.

Observation 14

H..., 34 ans, présente un trajet fistuleux ancien avec orifice situé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la cuisse le trajet conduit sous la peau de la région fessière. Le 15 septembre 1897 incision de l'orifice contre inci-

sion à la région fessière, curetage du trajet avec une grande curette d'accoucheur. Le point de départ très probablement osseux ne peut être trouvé.

Amélioration la suppuration diminue il ne reste qu'une petite fistule à la région fessière.

Observation 15

Marie P., 8 ans, bon état général mais plusieurs foyers de tuberculose locale.

Spina ventosa de l'anulaire droit. Ostéite avec fistule de l'extrémité inférieure du cubitus même côté. Abscess froid de l'os malaire côté gauche.

— En raison du voisinage de l'œil M. Ralt l'opère aux Quinze-Vingt en septembre 1897. Guérison jusqu'en décembre par une cicatrice adhérente à l'os et déterminant un peu d'ectropion.

Revue en février 1898 petite croûte au niveau de la cicatrice, cette croûte détachée découvre une fistule.

Les quelques observations que nous venons de rapporter donnent en somme des résultats thérapeutiques peu encourageants.

La compression, la révulsion qui agit en augmentant la phagocytose donnent des guérisons assez rares dans les tuberculoses au début,

Les injections modificatrices de teinture d'iode, naphtol camphré, glycerine créosotée, éther iodoformé, acide phénique, chlorure de zinc, etc, sont en général inefficaces dans le traitement des fistules, et le nombre même des substances employées montre combien peu on doit compter sur chacune d'elles.

Certainement, ces méthodes ont donné des succès parfois très brillants. M. Kirmisson (1) a pu, par une seule injection d'éther iodoformé, guérir un volumineux abcès par congestion occupant la fosse iliaque, le triangle de Scarpa et fusant par la grande échancrure sciatique.

Ces cas sont malheureusement assez rares.

Les jeunes chirurgiens, ayant eu moins de déceptions sont plus interventionnistes car ils ont plus de foi dans l'efficacité des méthodes sanglantes.

Manson (2) dit que la récurrence doit être attribuée lorsqu'elle se produit à la continuation du processus tuberculeux incomplètement enlevé aussi « quand on traite par le curettage, des foyers osseux ce n'est pas une mais trois, six, dix fois qu'il faut les poursuivre parce qu'il est rare en une opération de ce genre d'enlever tout le tissu malade et qu'il faut s'attaquer dès qu'on le voit repulluler et ces malades guérissent. »

(1) Kirmisson. — Manuel de Path. ext. 1893, tome II, page 118.

(2) Manson. — Thèse de Paris, 1894.

Ils guérissent en effet quelquefois, mais on comprend aisément qu'un chirurgien n'entreprenne pas sans répugnance une intervention qu'il sera peut-être obligé de répéter tant de fois et c'est une perspective peu attrayante pour le malade.

Du reste, chaque intervention est un choc pour le malade et on doit tenir compte que l'on se trouve en présence d'un sujet, dont on doit ménager la résistance vitale. Le Dr Verneuil redoutait les opérations chez les tuberculeux parce qu'il craignait :

a) De provoquer par inoculation l'envahissement des parties voisines.

b) D'influencer la constitution du malade et de déterminer la généralisation, en mettant en circulation des bacilles qui iraient coloniser dans toute l'économie.

Il est bien établi que l'envahissement des parties voisines d'une lésion bacillaire se produit alors même qu'il n'y a pas intervention plus souvent peut-être ; M. le Dr Lannelongue, a vu à la suite du spina ventosa des doigts naître des abcès sur le dos de la main et de l'ayant bras.

Quant à l'influence de l'intervention sur l'état général elle a donné lieu à bien des discussions.

Trélat dont la règle de conduite est encore suivie était partisan de l'opération, toutes les fois que la lésion viscérale ne domine pas la scène pathologique.

Dans sa thèse d'agrégation notre maître M. Ch. Nélaton tout en faisant des concessions aux idées de Verneuil écrivait :

« A l'heure actuelle..... il faut constater aussi les résultats d'améliorations inespérées, de guérisons même de lésions pulmonaires à la suite de semblables interventions. »

« D'autant plus que ce malade qui en tant que phtisique est exposé à de plus grands dangers par une opération pourra en revanche et en raison même de son titre de phtisique tirer de cette opération de bien plus grands bénéfices que d'autres. »

Les idées de M. Bouilly ont été émises par M. Petitot (1) son élève, dans sa thèse publiée en 1883. Il y soutient que la tuberculose pulmonaire ne s'aggrave pas du fait d'une intervention pour une tuberculose externe.

Par contre Geraert (2) dans son travail publié en 1889 sous l'influence de Verneuil note dans 10 0/0 des cas une aggravation des lésions pulmonaires après l'opération.

A la même époque M. Thiéry (3) reconnaissait que « l'opération a souvent sur l'état général des malades

(1) Petitot. — Intervention chirurgicale dans les tuberculoses externes. Th. de Paris 1883.

(2) Geraert. — Aggravation et généralisat. de la tub. après opération. Th. de Paris 1889.

(3) Thiéry. — Intervention chirurgic. dans les tub. locales et chez les tub.

le plus heureux résultat quand ils sont antérieurement tuberculeux. » Mais il ajoutait ailleurs « ainsi que le fait remarquer Clipet, les observations contraires ne sont pas rares et les désastres sont fréquents. »

Dans le compte rendu du Congrès (1) de chirurgie en 1889, nous trouvons émises les opinions d'un certain nombre de chirurgiens à propos d'une communication faite par Verneuil pour exposer ses idées. La question de l'intervention dans les tuberculoses locales est longuement discutée.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) prétendit avoir obtenu en général des améliorations.

M. Mollière (de Lyon) dit qu'avec les méthodes antiseptiques les phtisiques peuvent aussi bien que d'autres supporter les opérations.

M. le professeur Le Dentu a souvent observé que les lésions tuberculeuses ne sont point intéressées par l'acte opératoire que loin d'être aggravées elles étaient souvent influencées heureusement par l'opération si bien que la multiplicité des lésions et encore plus la tuberculose pulmonaire serait plutôt une indication qu'une contre indication à l'opération.

M. Routier se croit en droit d'affirmer l'innocuité et l'efficacité des opérations chez les tuberculeux et grâce à l'usage de l'asepsie on peut éviter l'éclosion

(1) Compte rendu du Congrès dans la semaine médicale 1889.

de ces manifestations qualifiées par Verneuil de *réveil de la diathèse*.

M. Schwartz apporte une statistique de 200 cas dont les suites ont été bénignes sauf dans 5 où l'on observa des poussées aiguës ou subaiguës de tuberculose.

Les 68 observations dans lesquelles M. Léonté (de Bucarest) est intervenu n'ont pas été suivies de généralisation mais les résultats locaux sont loin d'être encourageants.

« La récurrence, dit-il, constitue l'écueil contre lequel presque inévitablement tous nos efforts se brisent dans cette lutte contre les tuberculoses locales. »

C'est l'incertitude non seulement des résultats de l'intervention mais encore de l'importance à lui donner que M. Reynier constatait récemment dans sa communication à la société de chirurgie (1) en disant :

« Devant un foyer de tuberculose osseuse au début et parfaitement limité nous hésitons tous pour intervenir et nous n'intervenons qu'avec regret parce que nous ne savons jamais combien de temps durera la cicatrisation de l'os que nous devons trépaner. De plus il nous est absolument impossible de limiter notre intervention surtout quand nous opérons sur le

M. Reynier. Séance de la société de chirurgie 1^{er} avril 1896
dans la Gazette médicale 4 avril 1896.

tissu spongieux d'une diaphyse. Nous avons l'habitude de n'abandonner la curette que lorsque nous éprouvons quelque résistance pour curetler plus loin. En vérité il y a dans notre traitement habituel de la tuberculose aucune certitude, ni dans notre procédé opératoire ni dans les chances d'une guérison définitive.

Chacun de nous a vu des malades revenir quelques mois après une première intervention soit avec de nouveaux foyers d'ostéite suppurative soit avec une fistule persistante ».

Il est vrai que M. Quénu, faisant appel à des résultats plus heureux, dit dans la discussion qui suivit : « Pour ma part je crois que si l'évidement osseux est fait d'une manière complète, la cavité se comblera vite surtout chez les enfants, j'ai souvent été témoin de ce fait en opérant l'ostéite tuberculeuse du calcanéum ».

La difficulté non résolue consisterait à savoir où doit s'arrêter l'évidement.

Ce n'est pas la consistance de l'os, sur laquelle ainsi que le faisait remarquer M. Reynier on se base habituellement qui peut fournir des indications bien précises car on observe souvent, dit Mauclore (1), des lésions concomittantes non spécifiques surtout des lésions de ramollissement graisseux, huileux,

(1) Mauclore. Art. infection tub. des os ; in traité de chirurgie, Le Dentu Delbet tome II.

muqueux ou rouge, non inoculables, permettant parfois de débiter au bistouri des tranches de tissu. M. Mauclore en a observé un exemple en 1891 dans le service de M. le professeur Le Dentu et il fait remarquer combien cette fragilité, est un point important à connaître au point de vue thérapeutique.

Enfin, d'après Gangolfe (1), on observe quelquefois des cas de tuberculose diaphysaire, le plus souvent consécutifs à un foyer épiphysaire parfois très petit.

« Cette tuberculose médullaire diaphysaire, véritable ostéo-myélite tuberculeuse explique les récurrences après l'arthrectomie ou les résections ».

L'explication des récurrences fréquentes se déduit également des expériences faites par Ohlfers (2) sur les animaux, cet auteur a rarement rencontré les bacilles dans le foyer même des lésions, ils siègent surtout dans les canalicules de Haver des la substance osseuse qui paraît saine et qui entoure les tissus malades.

Ces faits ont été résumés très nettement par M. le Professeur Lannelongue dans sa communication au 12^e congrès international de médecine tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

« La chirurgie, a-t-il dit, peut, sans péril, confier dans la méthode antiseptique tenter, dans la

(1) Gangolfe. Maladies infectieuses et parasitaires des os 1894.

(2) Ohlfers. Dextsch med. woch. 12 février 1891.

grande majorité des cas, surtout dans les cas de tuberculose ostéo-articulaire la destruction de tout foyer tuberculeux ; elle n'échoue dans sa tâche que parce qu'elle n'enlève pas tous les infiniments petits et qu'il reste, perdus au milieu de la matière vivante, de nouveaux organismes à peine différents d'elle dont le réveil un jour donné est appeler à décider de sa destinée : il faut donc mettre le bacille dans l'impossibilité de nuire.

Les recherches faites jusqu'à présent pour trouver si le bacille porte en lui son remède n'ont pas abouti ; les agents physiques et chimiques ont tous été épuisés sans résultats absolu. »

Ainsi, les résultats des observations et plus encore l'opinion des chirurgiens les plus compétents sont loin d'encourager une thérapeutique active dont l'issue est à peine douteuse. Et cependant l'intervention est la seule chance à tenter pour essayer de tarir ces fistules persistantes, signes de la présence d'un séquestre infecté volumineux ; dans ces conditions, les injections modificatrices iodoformées ou autres échouent toujours il faut d'abord enlever le séquestre et souvent cela suffit et cela suffirait dans un plus grand nombre de cas si par un traitement hygiénique, impossible à donner dans les hôpitaux qui sont des milieux déplorables pour les tuberculeux on pouvait augmenter leur résistance vitale, for-

tifier le terrain sur lequel le bacille a colonisé et permettre au malade de lutter victorieusement.

On sait depuis longtemps, en effet, que les tubercules peuvent se cicatriser par transformation fibreuse ou crétacée et l'examen, dit M. le Professeur Grancher (1), montre « une tendance toujours esquissée, fréquemment réalisée, à subir la transformation fibreuse. Une pareille notion est consolante et encourage la thérapeutique qui peut beaucoup, à mon avis, pour assurer la prédominance de la sclérose sur la caséose dans le développement des lésions tuberculeuses. Ces guérisons s'effectuent d'une manière spontanée chez des sujets résistants alors même qu'il y a déjà abcès ; l'organisation de la paroi « se modifie peu à peu ; du tissu fibreux se substitue finalement au tissu tuberculeux. Les bacilles, faciles à reconnaître au début, quoique étant souvent en petit nombre, disparaissent tout à fait. Les caractères de la membrane limitante ne sont plus que ceux d'une paroi kystique quelconque. »

« Il peut se faire que les éléments solides diminuent de quantité et disparaissent entièrement. Alors de deux choses l'une ou le liquide se résorbe et la guérison spontanée a lieu ou il persiste une tumeur ne contenant plus qu'un liquide séreux citrin. Lannelongue a décrit des faits de cette nature ; j'ai observé

(1) Grancher. Communicat. à la Société médicale des hôpitaux. Séance du 17 novembre 1880, in. Union médicale 1880.

jadis un kyste adhérent à une côte que j'ai extirpé en entier. » (1)

Ce processus de guérison est d'autant plus réalisé que les malades se trouvent dans de meilleures conditions pour conserver et accroître leur résistance à l'envahissement bacillaire. Ollier y insiste beaucoup dans son traité des résections et nous ne saurions mieux faire que de le reproduire.

« La tuberculose, dit-il, est plus grave dans certains milieux, dans la population des villes et surtout dans la population ouvrière qui vit dans les espaces mal aérés et encombrés et dans les conditions hygiéniques les plus propres à favoriser l'infection générale.

La tuberculose reste alors rarement localisée à un organe, à un système, elle a de la tendance à infecter tout l'organisme. Pour cette catégorie de malade les complications viscérales sont plus fréquentes soit avant soit après l'opération et la phtisie pulmonaire fait les plus grands ravages. Il en est autrement à la campagne chez les paysans qui passent toute la journée aux champs et surtout parmi les populations des montagnes.

La moitié au moins des malades que nous avons opérés à l'Hôtel-Dieu de Lyon rentrent dans cette catégorie et nous pensons que cette circonstance a été pour une part importante dans la persistance des

(1). Le Dentu. Art. Abscess froids in. traité de chirurgie. Tome 1^o.

guérisons que nous avons constatées ; vivant au grand air ils ont échappé à la tuberculose pulmonaire qui les attendait dans l'atelier, etc. »

On le voit dans ce passage si nettement écrit l'influence du milieu est d'une importance capitale et si l'on y joint les règles d'une hygiène sévère et un traitement général, points sur lesquels insistent tous les auteurs et qu'on ne met pas, que l'on ne peut toujours malheureusement mettre en pratique on arrive à des résultats qui nous le verrons plus loin font reprendre courage.

Ce sont les modifications heureuses apportées au terrain par l'air, l'alimentation, la température qui permettent parfois la guérison des lésions au début et qui, après l'extension des lésions nécessitant une intervention chirurgicale, constituent encore le seul moyen d'obtenir et de conserver la guérison cherchée.

La climatothérapie et l'hygiène sont nos seuls appuis en attendant qu'un autre facteur agissant soit sur le microbe, soit sur la cellule, sur les deux peut-être, vienne compléter nos moyens d'action ; et malgré les tentatives infructueuses nous attendons toujours ce produit anti-tuberculeux que les recherches bactériologiques et biologiques nous donneront peut-être dans un avenir proche.

Actuellement c'est dans les observations et les statistiques des stations sanitaires que nous trouvons

les encouragements et les consolations des résultats souvent malheureux donnés par la clinique seule.

Gazin (cité par Bouju dans sa thèse Paris 1893) donne la statistique de Berck portant sur un total de 5.000 malades environ et annonce le chiffre surprenant, aujourd'hui dépassé, de 70,7 0/0 de guérisons. Il attire l'attention sur le bénéfice que l'on peut tirer du traitement marin.

Ce traitement sur les détails duquel nous n'insistons pas est appliqué de 2 manières.

Les uns font faire aux malades des séjours courts et répétés, le maximum d'amélioration survenant en deux ou trois mois et étant suivi d'une période variable pendant laquelle la maladie reste stationnaire.

Les autres, disent que l'état stationnaire dure peu et que bientôt l'amélioration reprend, aussi préconisent-ils les longs séjours.

Peut être y aurait-il avantage à exciter les réactions vitales en changeant les conditions climatériques, dans lesquels vit le malade au moment où son état devient stationnaire et en le transformant dans un nouveau milieu, les conditions devant régler ces changements restant à étudier.

Pour être moins brillantes que celle de Berck, les statistiques de l'hôpital maritime de Cette et celle du Lido qui donnent 16 et 26 0/0 de guérisons après un court séjour méritent néanmoins d'être signalées.

Sur 47 malades, envoyés de Rouen à l'hôpital de Pen Bron, on compte 72 0/0 de guérisons, après une hospitalisation prolongée.

Nous nous bornons à enregistrer ces résultats sans y ajouter aucun commentaire n'ayant pu étudier en détail les statistiques ci dessus et ne sachant pas combien de temps, les malades ont été suivis après leur guérison ; nous y joindrons ceux qui ont été si éloquemment donnés par M. le docteur Léon Petit à l'assemblée générale de l'OEuvre des enfants tuberculeux, le dimanche 6 février 1898.

« A Villiers, dit M. Léon Petit, la moyenne des guérisons continue sa marche ascendante ; en 1895 elle était de 13, 6 0/0, elle s'est élevée à 21, 7 0/0 en 1896 pour atteindre cette année 25, 5 0/0. A Ormesson, elle oscille invariablement autour de 34 0/0. Alors que le régime et les conditions matérielles sont identiques dans nos deux hôpitaux, cet écart sensible en faveur d'Ormesson comporte un enseignement précieux, il est du en effet non à la nature du traitement mais à celle des malades. »

« Villiers reçoit les grands garçons dont quelques uns sont presque des hommes ; les enfants que Ormesson hospitalise sont les petits au dessous de douze ans, souvent de tous petits à peine en culotte quelquefois même des infimiments petits, sans culotte, frères roseaux flétris et courbé au souffle de la misère qu'un rayon de bien être ranime et redresse. »

CONCLUSIONS

De par les signes cliniques, il est impossible de connaître les limites d'un foyer de tuberculose osseuse.

Même après l'incision, rien dans l'aspect du foyer ne peut indiquer où doit s'arrêter l'intervention (grattage, évidemment ou résection).

Le traitement chirurgical est donc souvent incomplet, par suite insuffisant.

La récurrence est la règle.

La guérison des fistules par les injections médicamenteuses est l'exception.

Toutes les fois qu'il y a des fistules suppurant abondamment, on doit intervenir pour enlever le séquestre qui entretient la suppuration.

L'intervention est actuellement sans danger.

Le traitement général et hygiénique doit être

employé en même temps que le traitement chirurgical.

Il permet d'éviter la généralisation, les récidives, et lui seul peut amener la guérison.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

